



Offen für alle

Bayerische Beamten Versicherungen

TravelProtect  
Schadenservice  
Alfred Nobel Str. 20

97080 Würzburg

### Ärztliche Bescheinigung

Sehr geehrte Frau Doktor,  
sehr geehrter Herr Doktor,

bitte berichten Sie uns über diesen Unfall bzw. diese Erkrankung und die Folgen. Beachten Sie dabei bitte die untenstehenden Hinweise – **soweit angekreuzt**.

Versicherungs-Nr.: \_\_\_\_\_

Schaden-Nr.: \_\_\_\_\_

Wird vom Versicherer eingetragen

#### Versicherte Person

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

PLZ / Ort: \_\_\_\_\_

#### Eine schriftliche Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

- liegt vor
- liegt nicht vor
- erteilt die verletzte Person durch Übergabe dieses Formulars

#### A Krankheit / Unfall der versicherten Person

01

Krankheit / Diagnose, die zur Reiseunfähigkeit führte

\_\_\_\_\_ genaue Diagnose

\_\_\_\_\_ ICD 10 Code

Wann wurde diese Diagnose gestellt?

\_\_\_\_\_ Datum

Wann wurde wegen der Beschwerden und Symptome, die zu dieser Diagnose führten erstmals ein Arzt aufgesucht?

\_\_\_\_\_ Datum

Bestand zum Zeitpunkt dieses Arztbesuches uneingeschränkte Reisefähigkeit?

Nein

Ja



Offen für alle

Bayerische Beamten Versicherungen

Welche Medikation und Therapie / Maßnahmen haben Sie verordnet ?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Weitere Behandlungs-Daten ?

\_\_\_\_\_

Bestand Arbeitsunfähigkeit

Nein     Ja    von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

02

Bestanden oder bestehen Vorerkrankungen, die im Zusammenhang mit der aktuellen Erkrankung stehen?

Nein     Ja    seit \_\_\_\_\_

genaue Diagnose

\_\_\_\_\_

ICD 10 Code

\_\_\_\_\_

Wann wurden Sie erstmals nach der Durchführbarkeit der Reise gefragt?

\_\_\_\_\_

Datum

03

Fand eine stationäre Behandlung statt?

Nein     Ja    von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

Name, Anschrift Krankenhaus

\_\_\_\_\_

Name, Anschrift einweisender Arzt

\_\_\_\_\_

**Bitte legen Sie den Entlassungsbericht des Krankenhauses bei.**

04

Ab welchem Zeitpunkt war - nach objektiver Einschätzung - der Antritt der gebuchten Reise gesundheitlich ...

nicht zumutbar \_\_\_\_\_

nicht möglich \_\_\_\_\_

Datum

Falls diese Daten vom Datum des ersten Arzt-Besuchs abweichen, nennen Sie bitte die Gründe:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**B Krankheit nicht reisender Angehöriger**

05

Krankheit / Diagnose

\_\_\_\_\_

genaue Diagnose

ICD 10 Code

\_\_\_\_\_

Wann trat die Krankheit auf?

\_\_\_\_\_

Datum

Wann war erstmals erkennbar, dass die Anwesenheit der Angehörigen im Hinblick auf das gesundheitliche Befinden des Patienten / Patientin angezeigt war?

\_\_\_\_\_

Datum



*Offen für alle*

**Bayerische Beamten Versicherungen**

**C Schwangerschaft**

06

Wann wurde die Schwangerschaft festgestellt?

Datum

In welcher Schwangerschaftswoche befindet sich Ihre Patientin derzeit?

Woche

Wann war erstmals erkennbar, dass der Antritt der Reise in Anbetracht der Schwangerschaft nicht zumutbar war?

Datum

Was war der Grund für diese Beurteilung?

Waren zum o. g. Zeitpunkt Komplikationen aufgetreten?

Nein

Ja

welche Komplikationen?

Sonstige Gründe?

**Gebühren**

Die Gebühren für diese Bescheinigung gehen zu Lasten der versicherten Person. Bitte rechnen Sie Ihre Gebühren mit dieser direkt ab.

Sind Sie mit der Herausgabe dieses Berichts an die verletzte Person einverstanden?

Ja

Nein

(bitte ankreuzen)

Ort, Datum

Stempel, Unterschrift des Arztes